松本レディースクリニック
松本レディース リプロダクションオフィス　　初診患者様用問診票　　ID No.
初診日　　年　　月　　日

ご本人様
ふりがな
お名前　　生年月日 S ・ H　　年　　月　　日　　年齢　　歳
身長　　cm　体重　　kg　BMI　血液型　　RH（　）　国籍
※身長・体重は看護師記入
ご職業　過去のご職業　勤務地
ご住所　〒
TEL　携帯TEL

ご主人様（パートナーの方）
ふりがな
お名前　　生年月日 S ・ H　　年　　月　　日　　年齢　　歳
ご職業　国籍　携帯ＴＥＬ

緊急連絡先（ご自身以外　ご主人様/ご両親様など）
1．お名前　（関係　）　TEL　（携帯・職場・　）
2．お名前　（関係　）　TEL　（携帯・職場・　）

*個人情報は当院が診療に必要な用途以外には使用いたしません。
*万が一クリニックからご自宅に連絡する際は、クリニック名（松本レディースクリニック）を　良い ・ 悪い
告げても良いか。

*連絡するのは　（　ご本人のみ　・　ご主人様でも可　・　どなたでも可　）

1）今日はどのようなことでおいでになりましたか。　（当てはまる項目に○をつけてください。）

1．不妊の相談　（□検査　□ タイミング法　□人工受精　□体外受精　）
　＊不妊期間　年　カ月　（避妊してない期間）
2．セカンドオピニオン（不妊治療相談）　3．男性不妊相談　4．性交障害
5．生理不順　6．下腹痛　7．おりもの　8．かゆみ　9癌検診
10．その他（　）

2）月経について

1．最近の（最後の）月経はいつありましたか。　月　日　から　月　日
2．その前の月経はいつありましたか。　月　日　から　月　日
3．初めてあった年齢は　歳
4．月経は順調ですか。　順調　（　日型）不順　（　日から　日型）
5．月経持続期間　（　日くらい）
6．月経痛　とても強い ・ 強い ・ 殆どない ・ 下腹痛 ・ 腰痛 ・ その他
7．月経量　とても多い ・ 普通 ・ 少ない ・ 不定

3）結婚と妊娠について

□結婚　（当時　歳）　結婚　（入籍）　年月日（　年　月　日）
□未婚
□未婚　（　年　月　結婚予定）
□離婚　（当時　歳 ・　年　月）
□再婚　（当時　歳 ・　年　月）
□内縁　（事実婚）

セックスの経験はありますか。　はい ・ いいえ
最近性交渉はありますか。　はい ・ いいえ　＊記憶にある中で最も近い性交渉はいつですか。　月　日
夫婦生活（性交渉）は一カ月に何回くらいありますか。　約　回
性交障害はありますか。　ない ・ ある

妊娠されたことはありますか。　ない ・ ある
人工中絶　（　回）　年　月　週 /　年　月　週
自然流産　（　回）　年　月　週 /　年　月　週
子宮外妊娠　（　回）　年　月　週 /　年　月　週
分娩　歳　年　月　日　週　g　男・女　正常分娩・帝王切開
分娩　歳　年　月　日　週　g　男・女　正常分娩・帝王切開
お産は異常がありましたか。　なし ・ あり　卒乳
赤ちゃんは　異常なし ・ あり

ID No.

4）ご本人様の事についておうかがいします。

＊喫煙歴　なし　・　あり　（　本/日　・　現在は吸ってない　）
＊飲酒の習慣　なし　・　あり　（　毎日　・　時々　）
＊子宮頸がん検診をしたこと　なし　・　あり　（　ある方は最終いつ　年　月　）
結果異常　なし　・　あり　（　ありの方は何と言われましたか　）

今までに「病気」「手術」をしたことがありますか。
（現在治療中のものも含め、以前検査で異常を指摘された事があるもの、すでに治った過去の病気も含めて全て）
□ない　□喘息（　気管支喘息　・　咳喘息　・　小児喘息　・　その他　最終発作　頃　）
□子宮筋腫　□子宮内膜症　□腺筋症　□卵巣のう腫　（チョコレートのう腫　・　その他　）
□癌（　）　□糖尿病　□高血圧　□消化器疾患　（　）　□心臓病　□肝臓病　□腎臓病
□血管系疾患　□緑内障　□脳神経疾患　□てんかん　（最終発作　歳頃）
□甲状腺疾患　（機能亢進症　・　機能低下症　・　その他　）　□精神疾患　（　）
□感染症　（　HIV　・　梅毒　・　B型肝炎　・　C型肝炎　）　□その他（　）
□手術の経験はありますか。　（病名　手術名　歳の時）

［　　］
NS記入欄

現在内服中のお薬（漢方・サプリメントを除く）はありますか。
（薬品名　いつから　）
サプリメント・漢方を内服していますか。　（薬品名　いつから　）
注射や内服、アルコール綿などで副作用・アレルギーを経験した事がありますか。　なし　・　あり
（注射・薬品名　）
以下の食品アレルギーはありますか。ある場合は食品名に〇をしてください。　ない　・　ある
マンゴー・バナナ・キウイ・パイナップル・ピーナッツ

近親者（血族の方）に次の病気はありますか。
□癌　□糖尿病　□高血圧　□結核　□てんかん　□染色体異常（ダウン症）
□感染症　（　B型肝炎　・　C型肝炎　・　梅毒　・　HIV　）

5）ご主人様（パートナーの方）についてお伺いします。
＊喫煙歴　なし　・　あり　（　本/日　・　現在は吸ってない　）
現在治療中の疾患　（病名　）　内服中のお薬　（薬品名　）
病歴　（病名　歳の時）

6）治療に対する考え方　（重複回答可）
□　体外受精を希望
□　人工授精　（子宮腔に精子を注入する方法）を希望
□　タイミング指導を希望
□　早く色々な事をしていきたい
□　検査を希望
□　相談しながらステップアップしたい
□　あまり色々な事はしたくない
□　その他

7）検査・治療に関して、ご夫婦の希望や当院への要望があれば記載してください。

8）ご主人様（パートナーの方）に当院を受診することを伝えてありますか。理解、協力は得られてますか。

9）通院・治療の時間確保にご苦労、問題はありますか。

10）以前に当院の初診教室もしくはIVF教室（体外受精教室）を受講したことがありますか。
初診教室　ある　・　ない　IVF教室　ある　・　ない　受講日　年　月　日

BP　P　NSサイン

他の病院・クリニックで不妊検査・治療を受けられた事がある患者様へ

＊いつ頃　どちらの病院・クリニックにかかられていましたか？

年	月 ～ H	年	月	施設名		治療内容
年	月 ～ H	年	月	施設名		治療内容

＊他院での検査内容（前回の妊娠時の検査・治療は除く）

	検査内容	検査日	実施施設	検査結果	
□	ホルモン検査			異常なし	異常あり
□	子宮卵管造影			異常なし	異常あり （卵管狭窄　・卵管閉鎖）
□	通水検査			異常なし	異常あり （卵管狭窄　・卵管閉鎖）
□	クラミジア検査			異常なし	異常あり （内服治療済 ・ 未治療）
□	子宮鏡検査			異常なし	異常あり
□	精液検査			異常なし	異常あり
□	不育検査			異常なし	異常あり （妊娠後治療必要　あり・なし）

＊体外受精治療歴　　採卵回数（　　回）【体外受精（　　回）顕微授精（　　回）】移植（　　回）

採卵1回目	施設名	卵巣刺激法	採卵数	受精方法	受精卵数	凍結胚数	移植方法	移植胚数
年　日		自然・ショート法・ロング法 アンタゴニスト法 クロミッド法 その他（　）	個	体外受精 顕微授精 その他		初期胚　個 胚盤胞　個	初期胚 胚盤胞 移植せず	

※最終移植日　　年　　月　　日

採卵2回目	施設名	卵巣刺激法	採卵数	受精方法	受精卵数	凍結胚数	移植方法	移植胚数
年　日		自然・ショート法・ロング法 アンタゴニスト法 クロミッド法 その他（　）	個	体外受精 顕微授精 その他		初期胚　個 胚盤胞　個	初期胚 胚盤胞 移植せず	

※最終移植日　　年　　月　　日

当院で治療を受けていただく前に

当院では、一人でも多くの不妊症に悩む患者様の希望を叶えるために、スタッフ一同全力で取り組んでおります。皆様にスムーズな治療を受けて頂くために、予めご理解ただきたいシステムやルールがございます。これらに同意いただけない場合は診療をお受けできかねますのでご了承ください。以下の内容をお読みいただき署名の上ご提出ください。

年　　月　　日

確認医師　：　　ID

1	当院は不妊治療を専門とするクリニックです。当院で検査、治療するにあたり婚姻関係の確認が必要となります。 婚姻関係申告書の提出をお願いいたします。	同意致します。 □
2	婚姻関係について虚偽の申告があった場合は、診療費用の全額を自費でご負担いただくことがあります。	同意致します。 □
3	患者様の取り間違え防止のためにご本人様より生年月日、氏名など繰り返し言っていただくことがあります。	同意致します。 □
4	他院で保険での胚移植を行っている場合は、必ず正確な回数を申告して下さい。保険診療における胚移植は回数の規定があります。事実と反する申告があった場合、当院で保険で受けていただいた診療内容を全額自費でご負担いただくことがあります。	同意致します。 □
5	他院での検査結果（1年以内に実施した感染症以外の項目）を利用する場合には印刷された書類がある場合のみとなります。書面によるデータが無い場合は当院で再検査を受けて頂きます。	同意致します。 □
6	当院では院内感染予防、生まれてくる赤ちゃんへの影響も考えご夫婦共に感染症検査等を実施します。 初診日より1か月程度以内に受けてください。尚、お受け頂けない場合には診療はできません。	同意致します。 □
7	診察・検査結果は診療時に医師より直接お話しします。間違いを防ぐため電話でお答えすることはできません。	同意致します。 □
8	投薬や診療に関するご希望は、必ず診察室で医師に申し出てください。 診療終了後に看護師、受付に申し出ていただいても対応できかねますので、再度ご診察となります。	同意致します。 □
9	処方された薬は必ず当日、院内で確認してください。一度お渡ししたお薬・注射薬等は返品交換はできかねます。 また基本的に間違いを防ぐため、お薬の郵送はできません。	同意致します。 □
10	診療時間外の質問やお問い合わせは受けられませんので時間内にご来院ください。	同意致します。 □
11	院内では最低限のマナーをお守り頂けない場合、診察はお断りいたします。 職員に対して大声をあげたり、罵倒するような行為をされた場合は以後の診察をお断りします。 また、他の患者様にご迷惑になる行為は絶対におやめ下さい。	同意致します。 □
12	不織布マスクを着用して下さい。 COVID-19，ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞや風疹などの感染症にかかっている疑いのある場合や流行性結膜炎（はやり目）、ノロウィルス等などウィルス性腸炎が疑われる下痢、嘔吐がある場合などは来院はお控えください。 また周りにCOVID－19感染者がいる場合も来院はお控えください。	同意致します。 □
13	妻（パートナー）の検査結果を夫（パートナー）に、夫（パートナー）の検査結果を妻（パートナー）に通知説明することについて同意します。	同意致します。 □
14	院内での録音・撮影はご遠慮ください。 また、お渡しする資料の著作権は当院に帰属しており、SNS等への転載は固くお断りします。	同意致します。 □
15	転居した場合やお電話番号が変更になった時は速やかにお知らせください。	同意致します。 □
16	患者様の個人情報は個人情報保護法及び、当院の規定で取り扱います。 治療に関する情報は個人が特定されない形で学会報告、論文発表で使用させていただく可能性があります。	同意致します。 □
17	JISART（日本生殖補助医療標準化機構）の認定を受けるにあたり、審査時に情報（カルテ）を提示することがあります。	同意致します。 □
18	診察費用は当日にお支払下さい。クレジットカードのご利用も可能です。詳しくは受付にお問い合わせください。 診療費のお支払をして頂けない場合は以後の診察はお受けできません。	同意致します。 □

以上の内容をよく読み十分に理解しましたので、通院中は貴院のルールを遵守いたします。

20　年　　月　　日

医療法人社団 愛慈会

本人（妻）　　署名（自署）：　　松本レディース クリニック

パートナー（夫）　署名（自署）：　　松本ﾚﾃﾞｨｰｽ ﾘﾌﾟﾛﾀﾞｸｼｮﾝｵﾌｨｽ